

Костылев А.А.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Когнитивные нарушения в раннем и позднем восстановительном периоде закрытой черепно-мозговой травмы

Введение. Черепно-мозговая травма является одной из актуальных проблем современной неврологии. Социальная и медицинская значимость этого заболевания обусловлена широким распространением среди всех возрастных групп населения. Пик заболеваемости приходится на период от 23 до 39 лет [Овсянников, 2012], т.е. заболеваемости подвержено наиболее трудоспособное население. По данным В.В. Захарова (2013), когнитивные нарушения при черепно-мозговой травме встречаются достаточно часто и представляют широкий спектр: нарушение праксиса, гнозиса, речи, памяти и внимания. Помимо когнитивных проблем, отмечаются и эмоционально-волевые нарушения, характерные для лобной дисфункции. Проведя анализ литературы, мы обнаружили работы (Дроздова Е.А., 2014), посвященные острому и подострому периоду ЧМТ, однако нас заинтересовало, насколько изменчив когнитивных профиль пациентов в восстановительном периоде черепно-мозговой травмы, и в частности динамика объективного компьютерного тестирования когнитивных функций.

Цель исследования: сопоставить клинические и нейропсихологические особенности в разные периоды ЧМТ.

Материалы и методы. Мы исследовали 29 пациентов в восстановительном периоде черепно-мозговой травмы, из них 18 мужчин и 11 женщин. Средний возраст составил 34 ± 2 года. Все пациенты имели среднюю закрытую черепно-мозговую травму. Для оценки тяжести состояния при черепно-мозговой травме на момент исследования мы использовали клинический опросник Ривермид (Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire), который учитывает степень выраженности когнитивных, соматических и эмоциональных жалоб пациентов. В лечении черепно-мозговой травмы у пациентов на уровне амбулаторного звена применялись ноотропные препараты (глицин, пираце-

там). Мы исследовали пациентов, у которых режим дозирования и кратность приема у пациентов совпадали. Тестирование проводилось до 12 ч дня, исключался час и кофе за 2 ч до тестирования. В нейропсихологическом тестировании были применены числовой тест на кратковременную память на числа, тестирование простой зрительно-моторной реакции, а также исследование концентрации и устойчивости внимания, с помощью комплекса «Нейрон-Психотест». Для статистического анализа применялись непараметрический метод Манна – Уитни.

Результаты и обсуждение. В раннем восстановительном периоде показатель шкалы Ривермид составил $10 \pm 4,4$ балла, в позднем восстановительном периоде – $8 \pm 6,9$ балла. И хотя это говорит о снижении уровня жалоб в более отдаленном периоде, достоверно эти группы не различались ($U=475$, $p=0,06$). В то же время получены достоверно значимые отклонения скорости реакции ($p=0,04$), концентрации внимания ($p=0,009$) и устойчивости внимания ($p=0,01$). Не получено корреляционной зависимости скорости простой зрительно-моторной реакции от показателя шкалы Ривермид ($r=0,369$, $p=0,29$). Пациенты в раннем восстановительном периоде имели достоверно низкую скорость простой зрительно-моторной реакции ($p=0,05$). Также коррелировали между собой показатели устойчивости и концентрации внимания ($p=0,03$). Объем кратковременной памяти не отличался в группах и не было зависимости от балла по шкале Ривермид.

Выводы

1. Когнитивные способности пациентов в ранний и поздний восстановительный период черепно-мозговой травмы в условиях ноотропной терапии достоверно отличаются, что может говорить о восстановлении функций и успешности нейротропной терапии.
2. Несмотря на то, что клиническая шкала Ривермид учитывает жалобы пациента на когнитивные нарушения, в нашем исследовании она оказалась недостаточно успешна. Это может быть связано с вероятной субъективностью жалоб пациента.
3. Для оценки когнитивных нарушений при черепно-мозговой травме предпочтительно использовать методы объективного компьютерного тестирования.

Контакты: akostylev2010@gmail.com
